

Aanbevelingen voor interventies gericht op stoppen met roken

Resultaten van een programmeerstudie

Marloes Kleinjan, Regina van den Eijnden, Jan Bouwens en Louk Peters*

ZonMw liet in het voorjaar van 2006 een programmeerstudie op het thema roken uitvoeren. Deze programmeerstudie diende de huidige kennis over effectieve interventies op het terrein van preventie van roken, stoppen met roken en passief roken in Nederland in kaart te brengen. Het project moest resulteren in aanbevelingen voor onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken. In het huidige artikel worden de belangrijkste resultaten en aanbevelingen omtrent stoppen met roken uit de programmeerstudie beschreven.

Inleiding

Roken is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte in ons land (RIVM, 2007). Na een stabilisatie in de jaren negentig van de vorige eeuw is er de laatste jaren sprake van een langzame daling van het aantal rokers (STIVORO, 2008). Desalniettemin is het percentage rokers, gezien de gezondheidsrisico's en kosten voor de samenleving, nog onaanvaardbaar hoog. In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende initiatieven en maatregelen genomen die tot doel hebben het roken terug te dringen. Zo presenteert het kabinet met de preventie-

* Dr. M. Kleinjan is psycholoog en postdoc bij het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen. Ten tijde van de programmeerstudie was zij werkzaam bij het IVO te Rotterdam. E-mail: m.kleinjan@pwo.ru.nl.
Dr. R. van den Eijnden is psycholoog en universitair docent bij de Faculteit Sociale Wetenschappen van Universiteit Utrecht. Ten tijde van de programmeerstudie was zij werkzaam bij het IVO te Rotterdam.
Drs. J. Bouwens is psycholoog en programmacoördinator preventie bij ZonMw te Den Haag. Ten tijde van de programmeerstudie was hij werkzaam bij het NIGZ te Woerden.
Drs. L. Peters is psycholoog en wetenschappelijk medewerker bij TNO Kwaliteit van Leven te Delft. Ten tijde van de programmeerstudie was hij werkzaam bij het NIGZ te Woerden.

ta *Kiezen voor gezond leven* conform de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) de landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie aan de Tweede Kamer. In de preventienota geeft het kabinet aan dat er vijf speerpunten zijn gekozen, omdat deze een grote bijdrage leveren aan het voorkómen van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen. Roken is daarbij een van de speerpunten.

Daarnaast ging in 2002 het Partnership Stop met Roken officieel van start. Het Partnership verenigt diverse publieke en private partijen uit het veld van de gezondheidszorg en wil de beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ondersteuning bij stoppen met roken verbeteren. Resultaat is onder meer de *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving* (CBO, 2004), waarvan in 2009 een herziene versie wordt verwacht. Deze richtlijn biedt een werkwijze die bruikbaar is voor iedere sector van de gezondheidszorg, ongeacht het specialisme van de hulpverlener en ongeacht de gezondheidsproblemen van de rokende patiënt. De richtlijn berust op de resultaten van (inter)nationaal wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het expliciteren van goed medisch handelen. Het Partnership werkt momenteel aan de implementatie van deze richtlijn in de diverse medische beroepsgroepen, onder meer door oprichting van een Kenniscentrum Implementatie Richtlijn Tabaksontmoediging, een bundeling van kennis en expertise door STIVORO en WOK (Radboud Universiteit Nijmegen).

Tot slot is in 2006 het *Nationaal programma tabaksontmoediging 2006-2010* verschenen. De initiatiefnemers - de Nederlandse Hartstichting, KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds en het ministerie van VWS - zijn bezorgd over de (gezondheids)schade van roken. Uitgangspunt is dat alleen een samenhangende aanpak langs meerdere lijnen het roken verder kan ontmoedigen en het aantal rokers kan verminderen. Naast bovengenoemde initiatieven zijn in Nederland de afgelopen decennia verschillende interventies ontwikkeld die tot doel hebben het roken terug te dringen. Deze worden verder ondersteund of versterkt door aanscherping van het wettelijke/regulerende kader. Echter, om zowel de landelijke als regionale praktijk rond het terugdringen van roken te optimaliseren, is gedegen kennis over wat effectief is (en wat niet) een voorwaarde. Daarnaast is de stimulering van verdere ('evidence-based') ontwikkeling van beleid, onderzoek en praktijk van essentieel belang.

Om het onderwerp roken binnen het derde preventieprogramma doelmatig te kunnen stimuleren heeft ZonMw in het voorjaar van 2006 het NIGZ-Centrum Kennis en Kwaliteit en het IVO verzocht een programmeerstudie op het terrein van de aanpak van roken in Nederland uit te

voeren, met aandacht voor preventie van beginnen met roken, bevorderen van stoppen met roken en het tegengaan van passief roken. De programmeerstudie bestond uit een 'technische' inventarisatie van interventies en hun effectiviteit, met als uitgangspunt dat interventies elkaar moeten/kunnen aanvullen en dat er gestreefd zou moeten worden naar samenhang tussen interventies en tussen settings (bijvoorbeeld landelijk en lokaal). ZonMw wilde een zo volledig mogelijk inzicht in wat er aan effectieve/veelbelovende interventies beschikbaar is. Ook farmaceutische interventies, massamediale campagnes en omgevingsinterventies (beleidsmaatregelen en gecombineerde interventies) dienden aandacht te krijgen. Doel van de programmeerstudie was dus het inventariseren van de state of the art op het gebied van rookinterventies en om na te gaan of dit voldoet, waar het wellicht nog beter kan, waar nog gaten zitten en waar in de toekomst (wat betreft beleid, uitvoering en onderzoek) de accenten dienen te liggen. Dit artikel geeft een samenvatting van de belangrijkste resultaten en doet aanbevelingen omtrent stoppen met roken (Bouwens, Kleinjan, Peters & Van den Eijnden, 2007).

Methode

Binnen de programmeerstudie is ten eerste een overzichtsstudie uitgevoerd van interventies op het terrein van het bevorderen van stoppen met roken. Alle beschikbare interventies en evaluatiestudies van die interventies binnen Nederland zijn geïnventariseerd en waar mogelijk aangevuld met buitenlandse evaluatiestudies en reviews. De gevonden interventies werden ingedeeld naar doel van de interventie, doelgroep, aard van de interventie, setting en producthouder/eigenaar van de interventie.

De overzichtsstudie had tevens tot doel inzicht te geven in de mate van effectiviteit/veelbelovendheid van bestaande Nederlandse interventies. Er zijn verschillende richtlijnen voor het bepalen van het niveau van effectiviteit (zie ook CBO, 2004; NJI, 2009). In de programmeerstudie werd onderscheid gemaakt tussen zes effectiviteitsniveaus (met niveau 1 als sterkste):

- 1 'randomised controlled trial' (RCT) met follow-up;
- 2 RCT zonder follow-up;
- 3 quasi-experimenteel design met follow-up;
- 4 quasi-experimenteel design zonder follow-up;
- 5 voor- en naonderzoek met follow-up;
- 6 voor- en naonderzoek zonder follow-up of overig.

Tijdens een expertmeeting (oktober 2006) werden de bevindingen van de overzichtsstudie en de voorlopige resultaten en conclusies gepresenteerd en voorgelegd aan een dertigtal vertegenwoordigers van beleid, onderzoek en praktijk. De bevindingen en aanbevelingen uit de overzichtsstudie zijn vervolgens aangescherpt op basis van de resultaten van de expertmeeting.

Resultaten en aanbevelingen

Hieronder worden de resultaten en aanbevelingen voor het ondersteunen van stoppen met roken uiteengezet per doelgroep, te weten jongeren, volwassenen, patiëntengroepen en specifieke groepen, namelijk lage-welstandsgroepen, migranten, zwangere vrouwen, psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten.

JONGEREN

Interventies op het gebied van roken bij jongeren richten zich tot op heden voornamelijk op de preventie van beginnen met roken. Voor jongeren en jongvolwassenen die al roken is ook belangrijk dat er interventies gericht op stoppen met roken bestaan. Interventies die zich daadwerkelijk richten op stoppen met roken bij jongeren zijn echter schaars. In totaal zijn er in Nederland zes interventies beschikbaar; drie daarvan richten zich op scholen, één op sportverenigingen en twee op de thuissituatie. Slechts voor één interventie, die van de Smoke Free Teams gericht op de sportvereniging, is een effectstudie afgerond (De Vries, Rosendal & Wiltenberg, 2001). De resultaten leveren sterke aanwijzingen op voor effectiviteit van het project.

Voor de groep jongeren die gedurende de adolescentie een patroon van regelmatig roken ontwikkeld hebben, is het essentieel dat zij in een vroeg stadium interventies gericht op stoppen met roken aangeboden krijgen, met name omdat stoppen met roken steeds moeilijker wordt naarmate jongeren en jongvolwassenen een langere rookgeschiedenis hebben (Johnston, Bachman & O'Malley, 1992; Mermelstein, 2003). Naarmate in sterkere mate sprake is van nicotineafhankelijkheid en gewoontegedrag wordt stoppen met roken lastiger (Kleinjan e.a., 2009). Interventies voor stoppen met roken voor jongeren dienen dus gericht te zijn op het voorkómen dat rokende jongeren blijven roken, door ze in een vroeg stadium te motiveren en te begeleiden bij stoppen met roken. Bij het terugdringen van roken onder jongeren dient het om een integrale aanpak te gaan, waarbij gedurende de gehele adolescentie en jongvolwassenheid aandacht wordt besteed aan het voorkomen van beginnen met roken, het bevorderen van minderen en stoppen met roken en aan terugvalpreventie.

Massamedia zoals televisie en radio zijn kanalen waardoor zorgvuldig samengestelde berichten kunnen worden geleverd aan een doelgroep. Het gebruik van deze media onder adolescenten is hoog (Rideout, Roberts & Foehr, 2005). Massamedia zijn ideale kanalen om te proberen invloed uit te oefenen op het gezondheidsgedrag van jongeren (Brown, Mory & Kinney, 1994). Eerder onderzoek wees uit dat massamediale rookcampagnes gericht op volwassenen ook impact hebben op jongeren (Wakefield, Miller & Roberts, 1999). Landelijke massamediale campagnes zouden rokers moeten blijven wijzen op het belang van stoppen met roken en op de mogelijkheden voor het ontvangen van ondersteuning bij stoppen met roken (motiveren en informeren). Deze ondersteuning kan dan geboden worden via regionale instellingen (zoals GGD's) of landelijke instellingen (zoals STIVORO). Ook het invoeren van beleidsmaatregelen zoals accijnsverhoging en het terugdringen van verkooppunten van rookartikelen zijn van essentieel belang en ondersteunend voor het bevorderen van stoppen (en minderen) met roken bij jongeren (Chaloupka, 2003; Chaloupka, Cummings, Morley & Horan, 2002).

Een belemmerende factor voor het ontwikkelen van nieuwe interventies gericht op jongeren is het huidige niveau van wetenschappelijke kennis over stoppen met roken bij jongeren. De kennis die op dit moment voorhanden is, is ontoereikend voor het ontwikkelen van goede op theorie gebaseerde interventies voor stoppen met roken voor jongeren (Mermelstein, 2003; Hoepfner e.a., 2006). Vanwege het grote belang van stoppen met roken bij jongeren lijkt het echter niet raadzaam om interventies en maatregelen gericht op jongeren uit te stellen tot meer inzicht verkregen is in het proces van stoppen met roken bij deze doelgroep.

Voor zover interventies gericht op stoppen met roken bij jongeren bestaan, richten ze zich met name op de school en thuissituatie. Andere settings waaraan gedacht kan worden zijn settings voor werken en sporten. Ook verdient het aanbeveling om bij de ontwikkeling van interventies voor stoppen met roken voor jongeren maximaal gebruik te maken van populaire moderne communicatiemiddelen, zoals internet en mobiele telefonie (die bovendien settingonafhankelijk zijn). Tot slot zou nagegaan moeten worden of het gebruik van nicotinevervangende middelen door jongeren die tekenen van nicotineafhankelijkheid vertonen (bijvoorbeeld die meer dan tien sigaretten per dag roken), aanbevolen kan worden. Uit de internationale literatuur is bekend dat het gebruik van nicotinevervangers, in combinatie met een cognitieve gedragsinterventie, effectief kan zijn bij het behandelen van nicotineverslaving bij jongeren (Moolchan e.a., 2005).

VOLWASSENEN

Er bestaat een uitgebreid ondersteuningsaanbod voor volwassenen die met roken willen stoppen. Ten tijde van de programmeerstudie waren er in Nederland in totaal 28 interventies voor stoppen met roken beschikbaar (zie Bouwens e.a., 2007). Deze interventies worden in uiteenlopende settings aangeboden. Interventies gericht op de thuissituatie bestaan vooral uit het geven van voorlichting, ondersteuning en advies via internet en telefoon en met informatie- en zelfhulppakketten. Daarnaast worden er door GGD's en andere gezondheidsinstellingen voor volwassen rokers verschillende cursussen, trainingen en voorlichtings- en counselingssessies aangeboden die gericht zijn op stoppen met roken (eventueel met behulp van nicotinevervangers). Voor volwassenen waren ten tijde van de programmeerstudie drie massamediale campagnes gevoerd specifiek gericht op stoppen met roken.

Hoewel er in Nederland voor volwassen rokers een redelijk aantal interventies voor stoppen met roken beschikbaar is, is de effectiviteit van vele van deze interventies in Nederland nog niet aangetoond. Van interventies gericht op de thuissituatie is advies op maat de enige interventie die op effectiviteit getoetst is en effectief is bevonden in Nederland (Dijkstra e.a., 1998). De telefonische coach en de interventies bestaande uit nicotinevervangingsmiddelen of niet-nicotinehoudende middelen, in combinatie met minimale of intensieve begeleiding, zijn niet specifiek binnen Nederland op effect onderzocht. Buitenlandse gerandomiseerde effectstudies lieten echter zien dat deze vormen van interventies effectief zijn (Silagy e.a., 2003). Als interventies in buitenlands onderzoek effectief zijn bevonden, moeten ze idealiter ook in Nederland geëvalueerd en effectief bevonden worden voordat van implementatie sprake kan zijn (dit hoeft niet te gelden voor farmacologische interventies). Dit omdat de vertaalslag naar de Nederlandse taal en setting (sociale en culturele context) voor verschillen in effectiviteit kan zorgen. In de praktijk zal dit echter niet altijd haalbaar zijn, en zijn veel niet-geëvalueerde interventies feitelijk al breed geïmplementeerd.

Daarnaast is het, net als bij jongeren, aanbevelenswaardig verder te investeren in de ontwikkeling (en toetsing) van interventies gebaseerd op de nieuwste communicatietechnieken. Interventies via het internet zijn laagdrempelig en hebben tevens een groot bereik. Het gebruik van nieuwe communicatiemiddelen kan het aanbod van ondersteuning bij stoppen aanzienlijk vergroten. Daarnaast moet het thema roken ook op lokaal niveau meer op de agenda worden gezet, waarbij activiteiten op het vlak van preventie van roken en ondersteunen van stoppen met

roken kunnen worden samengesteld. Deze aanpak zou een integrale invulling dienen te krijgen. Relevante lokale partijen zoals onderwijs, zorg en vrijetijdsector zouden gezamenlijk invulling dienen te geven aan het terugdringen van roken. STIVORO speelt hierop in met de *Richtlijn tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid*.

Het is ook aan te bevelen om interventies te ontwikkelen die zich richten op minderen in plaats van stoppen met roken. Voor diegenen die na herhaalde ondersteunde pogingen nog niet kunnen stoppen en voor diegenen die niet te motiveren zijn om te stoppen (waaronder relatief veel lage-welstandsgroepen) is stoppen met roken een boodschap waarvan ze zich afwenden; een aanbod dat stopgericht is, is dus geen optie. Vanuit het principe van 'harm-reduction' en op basis van aanwijzingen dat minderen met roken positief kan bijdragen aan meer stevige stopintenties en een betere kans om uiteindelijk te stoppen met roken (Falba e.a., 2004; Willemsen e.a., 2003), dienen dergelijke interventies te worden overwogen. Echter, omdat er onvoldoende bewijs is dat minder roken (gecontroleerd gebruik) als doel positieve effecten zal hebben op de volksgezondheid, dient minderen als doel op zich (gecontroleerd roken) zoveel mogelijk ontmoedigd te worden (Willemsen & Van Emst, 2008).

Tot slot is opmerkelijk dat veel interventies voor stoppen met roken voor volwassenen zich richten op rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen. Hiermee valt de grotere groep van rokers die niet direct gemotiveerd is om te stoppen (ca. 80%; STIVORO, 2008) buiten het bereik van de meeste beschikbare interventies. Om de ontwikkeling en evaluatie van interventies specifiek gericht op het verhogen van de motivatie om te stoppen binnen deze groep te stimuleren, zou meer onderzoek gericht moeten zijn op het verkrijgen van inzicht in factoren die kunnen bijdragen aan het vergroten van de motivatie om met roken te stoppen bij niet-gemotiveerden.

PATIËTENGROEPEN

In Nederland zijn er drie interventies beschikbaar die toegepast kunnen worden in de huisartsenpraktijk: het kortdurend stopadvies, de minimale interventiestrategie voor huisartsen (H-MIS) en de H-MIS in combinatie met nicotinevervangende middelen (Bouwens e.a., 2007). Specifiek voor longpatiënten zijn in Nederland zeven interventies getest:

- minimale interventiestrategie voor longpatiënten (LMIS);
- SmokeStop-therapie, een multicomponente hoog-intensieve interventie;
- SMOCC, een programma specifiek ontwikkeld voor patiënten met

COPD, waarin een uitgebreide vorm van de MIS wordt aangeboden in combinatie met informatieverstrekking op maat en optioneel het gebruik van farmaceutische middelen;

- cognitieve gedragstherapie in combinatie met nicotinevervangende middelen of naltrexone;
- counseling in combinatie met nicotinevervangende middelen of bupropion;
- Rookstop-poliklinieken;
- preventieprogramma COPD, in de thuiszorg.

Specifiek voor hart- en vaatpatiënten zijn vier interventies gevonden. De minimale interventiestrategie voor de cardiologieafdeling (C-MIS) kan klinisch of poliklinisch (P-MIS) worden uitgevoerd en bestaat uit het geven van advies en ondersteuning (eventueel aangevuld met nicotinevervangende middelen). Het programma preventie hart- en vaatziekten richt zich op voorlichting en het organiseren van groepscursussen en vindt plaats binnen GGD's en andere gezondheidsinstellingen.

De H-MIS is een effectieve methode om rokers te helpen met stoppen (Pieterse 1999; Pieterse e.a., 2001). Het is dus van belang dat de H-MIS breed geïmplementeerd wordt in de huisartsenpraktijk. De huisartsenpraktijk biedt een goede basis voor het detecteren van rokers. Huisartsen zouden bij alle patiënten moeten navragen of ze weleens roken, en niet alleen bij patiënten die een verhoogd risico lopen op rookgerelateerde ziekten. Daarnaast zou aan alle rokers de H-MIS aangeboden moeten worden.

Vanwege het tijdgebrek van veel huisartsen kunnen praktijkondersteuners hierbij een belangrijke rol vervullen. Veel huisartspraktijken werken tegenwoordig met een praktijkondersteuner op hbo-niveau die bepaalde taken van de huisarts overneemt, zoals periodieke controles en het geven van begeleiding en advies bij chronische gezondheidsproblemen. Hierdoor zouden huisartsen meer kunnen doorverwijzen naar praktijkondersteuners. De huisarts of praktijkondersteuner zou daarnaast moeten doorverwijzen naar allerlei vormen van ondersteuning bij stoppen met roken.

Om het bovenstaande te kunnen realiseren dienen huisartsen (en praktijkondersteuners) gemotiveerd te worden om rokers te detecteren en de H-MIS aan te bieden. Daarnaast is het wenselijk dat zij voldoende kennis hebben van bestaande ondersteuningsprogramma's. Artsen in opleiding en geneeskundestudenten dienen onderwezen te

worden in hun taak om roken en stoppen met roken aan de orde te stellen, minimale interventies aan te bieden en door te verwijzen voor verdere ondersteuning.

In tegenstelling tot de minimale interventiestrategie voor huisartsen is de effectiviteit van de minimale interventiestrategie voor longpatiënten (L-MIS) nog niet afdoende aangetoond (Monnikhof e.a., 2004). Het lijkt erop dat de doelgroep van rokende longpatiënten gebaat is bij meer intensieve interventies in combinatie met al dan niet nicotinehoudende farmaceutische middelen. Het stimuleren van de adoptie en implementatie van de intensievere en effectief gebleken interventies, zoals de SmokeStop-therapie en Smoking Cessation in Patients with COPD (SMOCC) verdient daarom aanbeveling (Christenhusz, 2006; Hilberink e.a., 2005).

In vergelijking met de longpatiënten zijn er voor hart- en vaatpatiënten minder interventiesoorten beschikbaar en zijn minder interventiestrategieën op effect geëvalueerd. De minimale interventiestrategie voor patiënten met hart- en vaatziekten (C-MIS) lijkt een effectieve interventie te zijn op de korte termijn, maar niet op de lange termijn (Bolman, 2001, 2002a, 2002b, 2004). Voor het behalen van lange-termijneffecten dienen er, net als bij longpatiënten, meer intensieve interventies aangeboden te worden.

Gezien de acute gezondheidsrisico's is het voor hart- en vaatpatiënten en longpatiënten essentieel om met roken te stoppen. Een belangrijke prioriteit voor beleid, onderzoek en praktijk ligt daarom bij het optimaliseren van interventies voor stoppen met roken in de praktijk van longartsen en cardiologen, met name het bevorderen en optimaliseren van de rol van de verschillende gezondheidsintermediairs (zoals huisarts, longarts en cardioloog). De dagelijkse praktijk lijkt nu vooral nog te bestaan uit het aanbieden van een minimale interventie door een verpleegkundige, en dat is onvoldoende voor deze specifieke groep patiënten.

Speciale aandachtsgroepen

LAGERE-WELSTANDSGROEPEN

Wanneer gekeken wordt naar welstandsklasse zoals samengesteld uit opleiding en beroep volgens de standaard van de Marktonderzoekassociatie (MOA), blijkt dat de minst welgestelden het meest roken (STIVORO, 2005). Daarnaast zijn mensen met een lager welstandsniveau minder succesvol in stoppogingen en maken zij minder gebruik van ondersteuning bij het stoppen met roken. Er werden vier interventies gevonden die zich in het bijzonder richten op het bereiken van

rokers met een lage sociaal-economische status. Van de bestaande interventies voor groepen met een lagere sociaal-economische status lijken Quit & Win en Rokers Verdienen een Beloning, twee interventies die een beloning in het vooruitzicht stellen om rokers aan te moedigen om (voor een bepaalde periode) te stoppen, het meest effectief en veelbelovend (Gelissen, Jonkers & Martens, 2006; Willemsen & Zeeman, 2000). Het is daarom aan te bevelen bestaande en nieuwe interventies uit te breiden met dit specifieke onderdeel. De twee 'community'-interventies Hartslag Limburg en Gezond Bergeijk bleken beide niet effectief te zijn op het gebied van het bevorderen van stoppen met roken (Ronda e.a., 2004; Van Assema e.a., 1994).

Er zijn aanwijzingen dat onder lagere-welstandsgroepen sprake is van een relatief lage eigen effectiviteit (het vertrouwen dat men in staat is om te stoppen) ten aanzien van stoppen met roken en dat dit een rol speelt in het relatief beperkte gebruik van ondersteuning bij stoppen met roken en in de lage succeskans van stoppogingen bij deze groep. Daarom dienen nieuwe interventies ontwikkeld te worden die zich (ook) richten op het verhogen van de eigen effectiviteit om met roken te stoppen. Belangrijk is ook dat deze nieuwe interventies makkelijk toegankelijk zijn, zodat het gebruik ervan voor lage welstandsgroepen optimaal is.

MIGRANTEN

Ten tijde van de programmeerstudie waren er drie interventies specifiek gericht op migrantengroepen. Deze interventies zijn overwegend wijkgericht en maken gebruik van zogenaamde voorlichters eigen taal en cultuur. Voor deze interventies waren geen effectevaluaties beschikbaar of deze waren nog niet afgerond.

ZWANGERE VROUWEN

De preventie van roken bij zwangere vrouwen zou meer dan tot nu toe het geval was de vorm van een ketenbenadering dienen te krijgen. Dit veronderstelt allereerst meer aandacht voor preconceptionele advisering (advisering van mensen met een kinderwens) en voor advisering tijdens de eerste drie maanden van de zwangerschap. De minimale interventiestrategie voor verloskundigen (V-MIS) wordt namelijk pas na twaalf weken zwangerschap aangeboden.

Preconceptionele counseling lijkt een veelbelovende methode te zijn om vrouwen te laten stoppen met roken voor en tijdens de eerste drie maanden van de zwangerschap (De Jong-Potjer & Elsinga, 2006).

Daarnaast dient een brede implementatie van de V-MIS gestimuleerd te worden. Dit blijkt een effectieve methode om zwangere vrouwen te

helpen bij langdurig stoppen met roken (De Vries e.a., 2006; Bakker, 2001). Om de adoptie en implementatie van de V-MIS te bevorderen zouden ondersteunende interventies voor verloskundigen en andere intermediairs ontwikkeld dienen te worden. Eerder onderzoek naar redenen om de V-MIS wel of niet te gebruiken biedt goede aanknopingspunten voor het ontwikkelen van deze interventies. Zo lijkt van belang dat verloskundigen communicatieve vaardigheden ontwikkelen die van belang zijn om stoppen met roken aan de orde te stellen zonder de vertrouwensrelatie met de cliënt op het spel te zetten. Tot slot is meer aandacht wenselijk voor terugvalpreventie na de bevaling en voor het bevorderen van stoppen met roken van de partner. Hoewel voornamelijk het rookgedrag van de zwangere vrouw zelf van invloed is op de gezondheid van het ongeboren kind, kan het stopsucces van de vrouw worden beïnvloed door het rookgedrag van de partner en is terugval van rokende zwangere vrouwen hoger bij vrouwen met een rokende partner. De V-MIS is echter niet effectief in het bevorderen van stoppen met roken van de partner. Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op de vraag op welke wijze partners van zwangere vrouwen bereikt kunnen worden en hoe men hen kan stimuleren om samen met de partner te stoppen met roken.

PSYCHIATRISCH PATIËNTEN

Er zijn in Nederland nog nauwelijks interventies voor stoppen met roken ontwikkeld voor rokers met een psychiatrische aandoening, terwijl binnen deze specifieke groep meer wordt gerookt dan gemiddeld en er vaker sprake is van sterke nicotineafhankelijkheid (D'Mello e.a., 2001). Er bestaat een enkele interventie speciaal gericht op rokers met een psychiatrische aandoening: 'Rookvrij kan ik de wereld aan'. Deze is bedoeld voor rokers met een depressieverleden en kan gezien worden als een 'mood-management'-interventie. Voorlopige bevindingen wezen uit dat deze interventie effectief is in het bewerkstelligen van continue abstinentie op de lange termijn (Schippers e.a., 2006).

Verder lijkt het raadzaam om meer onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van het gebruik van nicotinevervangende middelen en farmacotherapie zonder nicotine bij psychiatrisch patiënten. Eerder buitenlands onderzoek meldt positieve resultaten van interventies met behulp van nicotinevervangende middelen (D'Mello e.a., 2001) en er zijn geen aanwijzingen dat therapie met deze middelen voor psychiatrische patiënten nadelig zou zijn. Toepassen van bupropion bij deze categorie patiënten wordt op dit moment nog afgeraden vanwege het mogelijke bijwerkingenprofiel (agitatie, angst, depressie en concen-

tratieverlies bij 1-10% van de gebruikers; Farmacotherapeutisch Kompas 2002; CBO, 2004). Onderzoek zal moeten uitwijzen of dit terecht is.

Hoewel de symptomen van detoxificatie bij psychiatrische patiënten heftig kunnen zijn en psychiatrische klachten zoals depressie kunnen verergeren, is er verder geen reden om aan te nemen dat stoppen met roken voor psychiatrische patiënten anders zou zijn dan voor mensen zonder psychiatrische aandoening. De Richtlijn *behandeling van tabaksverslaving* stelt dan ook dat patiënten met een psychiatrische ziektebeeld net zo goed als anderen kunnen profiteren van de positieve effecten van stoppen met roken.

VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Voor verstandelijk gehandicapten bestaat er eveneens een enkele gerichte interventie voor stoppen met roken: 'Zorg voor jezelf, rook niet'. Mensen met een verstandelijke handicap hebben een zeer beperkt abstractievermogen. De interventie bevat daarom veel tekeningen en is opgebouwd uit kleinere leerstappen.

De effectiviteit van 'Zorg voor jezelf, rook niet' is nog niet onderzocht. Het in kaart brengen van de effectiviteit van deze methode kan richtlijnen bieden voor eventuele aanpassing en verbetering van het programma.

Tot besluit

Stoppen met roken kan substantiële effecten in termen van gezondheidswinst opleveren. Interventies gericht op het bevorderen van stoppen met roken zouden een hoge prioriteit moeten krijgen. Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer een gezond leven leiden. Wie stopt op zijn dertigste leeft tien jaar langer, op zijn veertigste negen jaar langer, op zijn vijftigste zes jaar langer en op zijn zestigste drie jaar langer. Vergeleken met niet-rokers verliezen rokers gemiddeld tien jaar van hun leven.

Wat betreft de prioritering dient vooral ingezet te worden op het bereiken van grote groepen. De brede implementatie van een interventie die effectief is gebleken op populatieniveau heeft daarom meer prioriteit dan de implementatie van een interventie die effectief is gebleken voor een kleine groep (zoals een specifieke groep psychiatrische patiënten). Interventieontwikkeling en onderzoek dat zich richt op specifiekere en minder omvangrijke subdoelgroepen komt op de tweede plaats.

Alhoewel advies op maat en de H-MIS slechts bescheiden effecten laten zien, blijken ze beiden effectief te zijn na twaalf maanden. Er zou meer aandacht moeten komen voor zowel het vergroten van de effecti-

viteit als het vergroten van het gebruik van deze interventies. Voor beide kortdurende interventies geldt dat ze hoogstwaarschijnlijk aan effectiviteit zullen winnen als ze worden geïntensiveerd en eventueel aangevuld met nicotinevervangende therapie. Gezien de huidige state of the art en het grote potentiële bereik van deze interventies, is verdere implementatie in deze fase het meest van belang, samen met het bevorderen van aantrekkelijkheid, gebruiksvriendelijkheid en laagdrempeligheid. Ook is het belangrijk dat er meer aandacht komt voor terugvalpreventie. Hierbij kan gedacht worden aan het inbouwen van meer nazorg in bestaande interventies.

Vanwege de ernst van de gezondheidsschade bij bepaalde patiëntengroepen, dienen effectieve interventies gericht op deze groepen prioriteit te krijgen. In het geval van longpatiënten en hart- en vaatpatiënten verdienen intensieve interventies sterk de voorkeur. Het is hierbij essentieel dat artsen en verpleegkundigen snel diagnosticeren en identificeren, en potentiële stoppers op het goede spoor zetten (bijvoorbeeld door ze door te verwijzen naar praktijkondersteuners die specifiek zijn opgeleid). Vanwege het grote belang van terugdringing van roken bij zwangere vrouwen en jonge ouders wordt het bevorderen van brede implementatie van de V-MIS aanbevolen. Daarbij dient in de toekomst meer geïnvesteerd te worden in het voorkomen van terugval na de bevalling. Hierbij zou niet roken tijdens de zwangerschap aanleiding en aanknopingspunt moeten zijn voor een adequate doorverwijzing naar goede stopondersteuning.

Los van specifieke interventies dienen het onderzoek en de ontwikkeling van interventies en implementatiestrategieën gericht te zijn op het maximaal bereiken van de relatief grote groep ongemotiveerde rokers (van wie er relatief veel tot achterstandsgroepen behoren). Zo'n interventie zou dan met name gericht moeten zijn op het verhogen van de motivatie om te stoppen, bijvoorbeeld via het verhogen van de eigen effectiviteit. In dit kader kunnen interventies die een dag stoppen stimuleren een bijdrage leveren.

Literatuur

- Bakker, M. (2001). *Pregnancy, a window of opportunity to quit smoking. The development, implementation and evaluation of a minimal intervention strategy for pregnant women and their partners*. Den Haag: Mediagroep.
- Bolman, C. (2001). *Smoking cessation among patients hospitalized with cardiac disease: Evaluation of a minimal-contact intervention*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Bolman, C., Vries, H. de, & Breukelen, G. van (2002). Evaluation of a smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Education Research*, 17, 99-116.

- Bolman, C., Vries, H. de, & Breukelen, G. van (2002b). A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: Long-term effects on smoking cessation. *Preventive Medicine*, 35, 181-192.
- Bolman, C., Vries, H. de, & Breukelen, G. van (2004). Evaluatie van C-MIS, een protocol om hartpatiënten te helpen te stoppen met roken. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82, 416-425.
- Bouwens, J., Kleinjan, M., Peters, L., & Eijnden, R.J.J.M. van den (2007). *Programmeerstudie. Aanbevelingen onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken*. Woerden: NIGZ.
- Brown, B.B., Mory, M.S., & Kinney, D. (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: Caricature, channel, and context. In R. Montemayor, G.R. Adams & T.P. Gullota (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 123-167). Thousand Oaks, CA: Sage.
- CBO (2004). *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving*. Alphen aan den Rijn: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Chaloupka, F.J. (2003). Contextual factors and youth tobacco use: Policy linkages. *Addiction*, 98 (Suppl. 1), 147-149.
- Chaloupka, F.J., Cummings, K.M., Morley, C.P., & Horan, J.K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (Suppl. 1), 62-72.
- Christenhusz, L. (2006). *Smoking cessation in COPD patients: (Cost-)effectiveness of the SmokeStop Therapy and validation of abstinence*. Enschede: Universiteit Twente.
- Vries, H.P. de, Rosendal, T., & Wiltenberg, K. (2001). *Evaluatieverslag Smoke Free Teams*. GGD Noord-Kennemerland.
- Dijkstra, A., Vries, H. de, & Roijackers, J. (1998). Long-term effectiveness of computer-generated tailored feedback in smoking cessation. *Health Education Research*, 13, 207-214.
- D'Mello, D.A., Bandlamudi, G.R., & Colenda, C.C. (2001). Nicotine replacements methods on a psychiatric unit. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 525-529.
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A., Vries, H. de, Drop, M.J., & Breukelen, G.J.P. van (1999). Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: A longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 337-361.
- Falba, T., Jofre-Bonet, M., Busch, S., Duchovny, N., & Sindelar, J. (2004). Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction*, 99, 93-102.
- CVZ (2002). *Farmacotherapeutisch kompas*. Utrecht: College voor Zorgverzekeringen.
- Gelissen, R., Jonkers, R., & Martens, M. (2006). *Effectiviteit van een gedragsgerichte interventie stoppen met roken: evaluatie van een experimenteel onderzoek*. Haarlem: Res-Con.
- Hilberink, S.R., Jacobs, J.E., Bottema, B.J.A.M., Vries, H. de, & Grol, R.P.T.M. (2005). Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice: SMOCC six months' results. *Preventive Medicine*, 41, 822-827.
- Hoepfner, B.B., Velicer, W.F., Redding, C.A., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., Palonen, U.E., & Meier, K.S. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 31, 1363-1372.

- Johnston, L.D., Bachmann, J.G., & O'Malley, P. (1992). *Monitoring the future: Questionnaire responses from the nation's high school seniors 1989*. Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Jong-Potjes, L.C. de, & Elsinga, J. (2006). *Preconception counselling in general practice: Evaluation of a systematic programme inviting couples contemplating pregnancy*. (Proefschrift.) Leiden: LUMC.
- Kleinjan, M., Engels, R.C.M.E., Leeuwe, J. van, Brug, J., Zundert, R.M.P. van, & Eijnden, R.J.J.M. van den (2009). Mechanisms of adolescent smoking cessation: The roles of readiness to quit, nicotine dependence and smoking of parents and peers. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 204-214.
- Mermelstein, R. (2003). Teen smoking cessation. *Tobacco Control*, 12, 25-34.
- Monnikhof, E., Valk, P. van der, Palen, J. van der, Mulder, H., Pieterse, M., Herwaarden, C. van, & Zielhuis, G. (2004). The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease: A pre-post-test study. *Patient Education and Counseling*, 52, 231-236.
- Moolchan, E.T., Robinson, M.L., Ernst, M., Cadet, J.L., Pickworth, W.B., Heishman, S.J., & Schroeder, J.R. (2005). Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics*, 115, 407-414.
- NJI (2009). *Erkenning interventies. Criteria 2009-2010 Erkenningscommissie (jeugd)-interventies*. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht.
- Pieterse, M.E. (1999). *Stoppen met roken met hulp van de huisartspraktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventie strategie*. Enschede: Twente University Press.
- Pieterse, M.E., Seydel, E.R., Vries, H. de, Mudde, A.N., & Kok, G.L. (2001). Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: A randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 32, 182-190.
- Rideout, V., Roberts, D.R., & Foehr, U.G. (2005). *Generation M: Media in the lives of 8-18 year-olds* (publ. no. 7250). Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- RIVM (2007). Wat is het doel en welke methoden worden gebruikt? Website: www.nationaalkompas.nl (11 december 2007).
- Ronda, G., Assema, P. van, Candel, M., Ruland, E., Steenbakkers, M., Ree, J. van, & Brug, J. (2004). The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg': Effects on smoking behaviour. *European Journal of Public Health*, 14, 191-193.
- Schippers, G.M., Meer, R.M. van der, Willemsen, M.C., Cuijpers, P., & Smit, F. (2006). Preliminary results from a RCT of a smoking cessation intervention for smokers with past depression. Presentatie ECNP, september.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lancaster, T. (2003). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. (Cochrane Review, 1.) Oxford: Update Software.
- STIVORO (2004). *Stoppen met roken als volwassen uitdaging: Een review van roken onder jongeren van 16 jaar en ouder*. Den Haag: STIVORO.
- STIVORO (2005). *Waar roken nog de norm is. Samenvatting van een review naar het bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en allochtonen op lokaal niveau*. Den Haag: STIVORO.
- STIVORO (2008). *Roken: de harde feiten*. Den Haag: STIVORO.
- Assema, P. van, Steenbakkers, M., Kok, G., Eriksen, M., & Vries, H. de (1994).

- Results of the Dutch Community Project 'Healthy Bergeijk'. *Preventive Medicine*, 23, 394-401.
- Vries, H. de, Bakker, M., Mullen, P.D., & Breukelen, G. van (2006). The effect of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education and Counseling*, 63, 177-187.
- Wakefield, M., Miller, C., & Roberts, L. (1999). Comparison of the National Tobacco Campaign with a youth targeted South Australian campaign. In K. Hasard (Ed.), *Australia's national tobacco campaign evaluation report no 1*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Willemsen, M.C., & Emst, A. van (2008). Minderen: een alternatief voor stoppen met roken? *Verslaving*, 4 (4): 40-51.
- Willemsen, M.C., & Zeeman, G. (2000). Strategieën om rokers met een lage sociaaleconomische status te bereiken. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 78, 223-229.
- Zhu, S-H., Sun, J., Hawkins, S., Pierce, J., & Cummings, S. (2003). A population study of low-rate smokers. Quitting history and instability over time. *Health Psychology*, 22, 245-252.